



การประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

สุพรรณิการ์ เกียรติธำตริ*, และจักรกฤษณ์ พลราช**

Received: January 2, 2021

Revised: February 17, 2021

Accepted: February 24, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การประเมินความต้องการหรือการวิเคราะห์ปัญหา (2) การออกแบบตารางสัมพันธ์เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ในการเปลี่ยนปัจจัยเชิงสาเหตุ (3) การกำหนดทฤษฎีกระบวนการ และกลยุทธ์ในการประยุกต์ใช้ (4) การคัดเลือกกระบวนการและกลยุทธ์เพื่อออกแบบโปรแกรม (5) การกำหนดแผนงานการดำเนินการเพื่อสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน และ (6) การสร้างแผนการประเมินผลโดยการยกร่างโปรแกรมฯ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ราย วิพากษ์และประเมินคุณภาพของโปรแกรมฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบคือ 1) ที่มาและความสำคัญของปัญหา 2) วัตถุประสงค์ 3) หน่วยงานที่รับผิดชอบ 4) บทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 5) กระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งประกอบด้วย แผนจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 5 กิจกรรม และ 6) การติดตามและการประเมินผล โดย 6 องค์ประกอบดังกล่าวจะได้แม่แบบที่พร้อมในการดำเนินการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับการประเมินคุณภาพในภาพรวมของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาารายด้าน ได้แก่ ด้านความถูกต้อง ด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้ และด้านความเป็นป็นประโยชน์อยู่ในระดับดีมากเช่นกัน การวิจัยครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรนำโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติเพื่อให้ อสม. ลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเป็นต้นแบบที่ดีในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสำหรับประชาชนต่อไป



คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ / พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ / อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน / กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

****ผู้รับผิดชอบบทความ:** อาจารย์ ดร. จักรกฤษณ์ พลราชม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, E-mail:
ponrachom@hotmail.com

* ส.ม. แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาหลวง ตำบลจันทร์เพ็ญ อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร

**ปร.ด. (การส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา) อาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์



The Application of Intervention Mapping in Developing an Alcohol Consumption Behavior Modification Program among Village Health Volunteer for a Sub-District Health Promoting Hospital

Suphannika Guiedthatree*, and Chakkrit Ponrachom**

Abstract

The objective of this descriptive research was to develop an alcohol consumption behavior modification program among village health volunteers (VHVs) for a sub-district health promoting hospital by applying Intervention Mapping (IM). The steps of the developed program consisted of : (1) conducting needs assessment or problem analysis; (2) create matrices of change objectives based on the determinants of behavior and environmental conditions; (3) select theory-based intervention methods and practical strategies; (4) translate methods and strategies into an organized program; (5) plan for adoption, implementation, and sustainability of the program; and (6) generate an evaluation plan. The program was drafted by a researcher and three experts were asked to criticize, review and evaluate the quality of the program. Data were analyzed using mean and standard deviation.

The results of this study led to a program development consists of : 1) background and significance; 2) objective; 3) organization; 4) role of involved people; 5) guidelines for organizing learning activities for alcohol consumption behavior modification, comprising 5 learning activities plans; and 6) monitoring and evaluation. By completing 6 components a blueprint for implementing health modification program was ready to use. The results of the program's quality assessment found that the overall quality of the program was in the very good level. When considered each aspect, it was found that all aspects; accuracy standards, utility standards, appropriateness standards, feasibility standards, and generalizability standards were in very good quality as well. Therefore, the findings of



ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2564
this study led to the following suggestions, the developed program should be implemented to VHVs in order to reduce alcohol consumption behavior. It is a good model as a change agent leader for the people.

Keywords: *Health behavior modification program / Alcohol consumption behavior / Village health volunteer / Intervention Mapping*

****Corresponding Author:** *Dr. Chakkrit Ponrachom, Faculty of Education, Kasetsart University, Email: ponrachom@hotmail.com*

**M.P.H., Thai Traditional Medicine, Practitioner Level, Na Luang Sub-District Health Promoting Hospital, Chan Phen Sub-District, Tao-Ngoi District, Sakon Nakhon Province*

***Ph.D. (Health Promotion and Health Education), Lecturer, Faculty of Education, Kasetsart University*



1. บทนำ

ปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคมและปัญญา ทำให้ประเทศแบกรับภาระจากผลกระทบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งมิได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ดื่มเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นๆ ที่ไม่ใช่คนดื่มด้วย จากผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่า การตีแอลกอฮอล์เพียง 1 คน ส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างเฉลี่ย 2.4 คน (อรัญญ์ วลีวงศ์, จินตนา จันทรโคตรแก้ว, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, และทักษพล ธรรมรังสี, 2558)

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560 พบว่า อัตราความชุกนักดื่มเพศชาย ร้อยละ 47.46 นักดื่มเพศหญิง ร้อยละ 10.62 หากแบ่งนักดื่มตามช่วงอายุ พบอัตราความชุกมากที่สุดคือ ในกลุ่มนักดื่มวัยทำงาน (ประชากรอายุ 25-59 ปี) พบอัตราความชุกมากที่สุด (ร้อยละ 33.87) อีกทั้งยังพบว่า สาเหตุหลักของการเริ่มตีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี 3 อันดับแรก ได้แก่ ตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวนดื่ม (ร้อยละ 38.85) รองลงมาคือ อยากทดลองดื่ม และเพื่อเข้าสังคม/การสังสรรค์ (ร้อยละ 29.12 และ 20.55 ตามลำดับ) (สาวิตรี อึ้งฉัตรกรชัย, 2562)

ปัญหาพฤติกรรมกรรมการตีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดังกล่าวนี้ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554 - 2563 เพื่อเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศ (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2553) ซึ่งมีเป้าหมายในการควบคุมและลดปริมาณการบริโภค ลดความเสี่ยงของการบริโภค รวมถึงจำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อช่วยสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยให้ตระหนักถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนช่วยป้องกันไม่ให้ประชาชนเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่าง

ประเทศไทยดำเนินงานด้านสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็นทรัพยากรบุคคลที่เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชน เนื่องจาก อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน มีจิตใจอาสา เสียสละ ถือเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่อยู่ในชุมชน (จินตา เตชะวิจิตรจารุ, อัจฉรา ศรีสุภกรกุล, และสุทัตตา ช่างเทศ, 2561) จากผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า พฤติกรรมการตีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ อสม. ส่วนใหญ่เป็นผู้ตีแบบเสียงต่ำ (ร้อยละ 79.10) รองลงมาเป็นผู้ตีแบบเสียง ผู้ตีแบบตืด และผู้ตีแบบอันตราย (ร้อยละ 11.40, 5.10 และ 4.40 ตามลำดับ) และพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการตีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำนายพฤติกรรมการตีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 36.60 (สุพรรณิการ์ เกียรติธাত্রี, 2563)

พฤติกรรมการตีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีปัจจัยเชิงสาเหตุเป็นสหปัจจัย (multi factors) ซึ่งปัจจัยเชิงสาเหตุภายในตัวบุคคลเป็นสิ่งสำคัญ (จักรกฤษณ์ พลราชม, และกรัณฐิ์รัตนบุญช่วยธนาสิทธิ์, 2561) เนื่องจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่ม อสม. ที่มุ่งเน้นการแก้ไขที่ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มาจากภายในตัวบุคคลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น ยังไม่ปรากฏในประเทศไทย โดยแบบจำลองในการพัฒนา



พฤติกรรมสุขภาพ (Model of Intervention Development) ที่นักส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษาในประเทศไทยรู้จักกันดีคือ PRECEDE-PROCEED Model (Green, & Kreuter, 2005) แต่พบว่า กระบวนการในการวางแผนตามแบบจำลองยังไม่เป็นขั้นตอนที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม อีกทั้งกระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Intervention Mapping; IM) ซึ่งเป็นแบบจำลองการบูรณาการทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์มีความเป็นตรรกะและเป็นขั้นตอน สะดวกในการวางแผนต่อการออกแบบโปรแกรมทางการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษา (Bartholomew, Parcel, Kok, & Gottlieb, 2006) ซึ่งแบบจำลองดังกล่าวได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในต่างประเทศอย่างมากมาย (Kwak, Kremers, Werkman, Visscher, van Baak, & Brug, 2006; Tortelo, et al., 2005; Voogt, Poelen, Kleinjan, Lemmers, & Engles, 2014) ซึ่งทั้งหมดประสบความสำเร็จ คณะผู้วิจัยจึงมุ่งหวังที่จะประยุกต์ใช้ IM เป็นฐานในการวางแผนออกแบบสร้างและพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ อสม. ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (change agents) ตลอดจนสื่อสารด้านสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานของรัฐบาลและประชาชน จึงเป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นการขยายองค์ความรู้ด้านแบบจำลองในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมทั้งจะส่งผลให้เกิดโปรแกรมฯ ที่มีคุณภาพและสามารถใช้ได้จริงในบริบทของพื้นที่โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นหน่วยงานในการดูแล อสม. ให้เป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่มีศักยภาพ สู่การดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งให้เหมาะกับบริบทของ อสม. และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ อสม. สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

3. วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยการประยุกต์ใช้ IM และประเมินคุณภาพของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

3.2 วิธีดำเนินการ การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของการพัฒนาโปรแกรมทางการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษาด้วย IM จำนวน 6 ขั้นตอน (Bartholomew, Parcel, Kok, & Gottlieb, 2006) ประกอบด้วย IM ขั้นตอนที่ 1: การประเมินความต้องการหรือการวิเคราะห์ปัญหา (Conducting needs assessment or problem analysis) IM ขั้นตอนที่ 2: การออกแบบตารางสัมพันธ์ (Matrices) เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ในการเปลี่ยนปัจจัยเชิงสาเหตุ (Create matrices of change objectives based on the determinants of behavior and environmental conditions) IM ขั้นตอนที่ 3: การกำหนดทฤษฎี กระบวนการ และกลยุทธ์ในการประยุกต์ใช้ (Select theory-based intervention methods and practical strategies) IM ขั้นตอนที่ 4: การคัดเลือกกระบวนการและกลยุทธ์เพื่อออกแบบโปรแกรม (Translate methods and



strategies into an organized program) IM ขั้นตอนที่ 5: การกำหนดแผนงานการดำเนินการเพื่อสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน (Plan for adoption, implementation, and sustainability of the program) และ IM ขั้นตอนที่ 6: การสร้างแผนการประเมินผล (Generate an evaluation plan) ดำเนินการวางแผนในการประเมินผลเพื่อการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบประเมินคุณภาพของโปรแกรมฯ โดยมีประเด็นการประเมินคุณภาพในด้านความถูกต้อง (accuracy standard) ด้านความเป็นประโยชน์ (utility standard) ด้านความเหมาะสม (appropriateness standard) ด้านความเป็นไปได้ (feasibility standard) และด้านความเป็นปฏินัยทั่วไป (generalizability standard) พร้อมทั้งภาพรวมของโปรแกรมฯ มีลักษณะเป็นมาตรฐานประเมินค่า จำนวน 5 ระดับ ได้แก่ คุณภาพดีมาก คุณภาพดี คุณภาพปานกลาง คุณภาพพอใช้และคุณภาพควรปรับปรุง (Best, 1977)

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อประเมินคุณภาพของโปรแกรมฯ จำนวน 3 คน โดยการคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิตามเกณฑ์คุณสมบัติคือ (1) นักวิชาการสาธารณสุข เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติงานด้านการบริหารงานสาธารณสุข ระดับชำนาญการ ไม่น้อยกว่า 2 ปี ครองตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ และมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 1 คน (2) นักวิชาการสาธารณสุขเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติงานด้านการบริหารงานสาธารณสุข ระดับชำนาญการ ไม่น้อยกว่า 2 ปี ครองตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 1 คน และ (3) นักวิชาการสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพภาคประชาชน ระดับชำนาญการ ไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 1 คน

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์คุณภาพของโปรแกรมฯ ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) คือ ค่าเฉลี่ย 3.70-5.00 มีความถูกต้อง/ความเป็นประโยชน์/ความเหมาะสม/ความเป็นไปได้/ความเป็นปฏินัยทั่วไปและภาพรวมของโปรแกรมฯ อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 2.34-3.69 อยู่ในระดับพอใช้ และค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 อยู่ในระดับไม่ดีพอ

4. ผลการวิจัย

4.1 ผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ อสม. สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้นมีการดำเนินการในการพัฒนาโปรแกรมฯ ดังนี้

IM ขั้นตอนที่ 1: การประเมินความต้องการหรือการวิเคราะห์ปัญหา โดยขั้นตอนนี้คณะผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยของสุพรรณิกัร เกียรติธำตริ (2563) ที่พบว่า พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ อสม. ส่วนใหญ่เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (ร้อยละ 79.1) รองลงมาเป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง ผู้ดื่มแบบติด และผู้ดื่มแบบอันตราย (ร้อยละ 11.4, 5.1 และ 4.4 ตามลำดับ) พร้อมทั้งยังพบอีกว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ อสม. ได้ร้อยละ 36.6 ($F = 151.706$, $p\text{-value} < 0.001$) มาเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



IM ขั้นตอนที่ 2: การออกแบบตารางสัมพันธ์ เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ในการเปลี่ยนปัจจัยเชิงสาเหตุ ดำเนินการโดยนำองค์ประกอบของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่ง ได้แก่ (1) การผ่อนคลายทางอารมณ์ (emotional relief) (2) ความกดดันจากสังคม (social pressure) และ (3) โอกาสในการดื่ม (opportunistic of drinking) (Young, & Oei, 1996) นำมากำหนดวัตถุประสงค์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

IM ขั้นตอนที่ 3: การกำหนดทฤษฎี กระบวนการ และกลยุทธ์ในการประยุกต์ใช้ ดำเนินการทบทวน ทฤษฎี กระบวนการ และกลยุทธ์เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ได้แก่ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) (Bandura, 1986) ด้วยกระบวนการและกลยุทธ์ที่หลากหลาย

IM ขั้นตอนที่ 4: การคัดเลือกกระบวนการและกลยุทธ์เพื่อออกแบบโปรแกรมฯ โดยการนำกลยุทธ์ในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experience) การนำเสนอตัวแบบ (modeling) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และการกระตุ้นอารมณ์ (emotional arousal) (Bandura, 1986) เข้าสู่การดำเนินการร่างโปรแกรมฯ โดยพัฒนาและออกแบบเป็น แผนการจัดการเรียนรู้ เพื่อใช้ในการบูรณาการเข้ากับกิจกรรมโรงเรียนอสม. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประจำตำบล โดยมี แผนการจัดการเรียนรู้ทั้งหมด 5 แผนการจัดการเรียนรู้ ที่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านกระบวนการคิดด้วยเทคนิคที่หลากหลาย ซึ่งสอดคล้อง กับบริบทของ อสม. โดยกิจกรรมการเรียนรู้ที่มุ่งพัฒนาทักษะการเรียนรู้เป็นกลุ่ม ประกอบด้วย กระบวนการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นนำเข้าสู่กิจกรรม ขั้นดำเนินกิจกรรม และขั้นสรุปกิจกรรม

IM ขั้นตอนที่ 5: การกำหนดแผนงานการดำเนินการเพื่อสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน เพื่อให้การดำเนินการ เป็นรูปธรรมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และสามารถบูรณาการเข้ากับกิจกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประจำตำบล จึงได้วางแผนการดำเนินการ โดยได้พัฒนาโปรแกรมฯ ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบที่มีความ เหมาะสมและเป็นไปได้ โดยได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ 1) ความสำคัญของปัญหา 2) วัตถุประสงค์ 3) หน่วยงานที่ดำเนินการ 4) บุคลากรและบทบาท 5) กระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 6) การประเมินผล (จักรกฤษณ์ พลราชม, และกรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, 2562; สาทินี ศิริวัฒน์, จักรกฤษณ์ พลราชม, อภิรดี วังคะฮาด, ศรีวิภา ช่วงไชยยะ, และจิตติรัช งานฉมิง, 2563; อริยฉัตร กาทหว่า, และ จักรกฤษณ์ พลราชม, 2563)

IM ขั้นตอนที่ 6: การสร้างแผนการประเมินผล ดำเนินการวางแผนในการประเมินผลเพื่อใช้ในการทดสอบ ประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น

เมื่อดำเนินการทั้ง 6 ขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น จะได้โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 : ที่มาและความสำคัญของปัญหา ได้กล่าวถึงความสำคัญของพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับ อสม. ที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัจจัยเชิงสาเหตุที่มาจากปัจจัยภายในตัวบุคคล ดังนั้น หลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในโปรแกรมฯ นี้ จึงมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนปัจจัย ที่ขัดขวางการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 1 ปัจจัยคือ การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่ม



อสม. (สุพรรณิการ์ เกียรติชาติ, 2563) โดยใช้กระบวนการที่เหมาะสมกับบริบทของ อสม. และหน่วยงานที่นำโปรแกรมฯ ไปใช้ เพื่อให้เกิดการบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป

องค์ประกอบที่ 2 : วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพของ อสม. โดยเมื่อสิ้นสุดการใช้โปรแกรมฯ แล้ว อสม. มีความสามารถและคุณลักษณะคือ 1) มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 3 สถานการณ์ ได้แก่ (1) การผ่อนคลายทางอารมณ์ (2) ความกดดันจากสังคม และ (3) โอกาสในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 2) ลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

องค์ประกอบที่ 3 : หน่วยงานที่รับผิดชอบ ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่เป็นหน่วยงานในการดำเนินการในการใช้โปรแกรมฯ ในอนาคต และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยงานในการควบคุม ติดตาม และกำกับการใช้โปรแกรมฯ ให้มีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบที่ 4 : บทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดของการนำโปรแกรมฯ จึงจำเป็นต้องกำหนดบทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโปรแกรมฯ ดังนี้

1. **ผู้บริหารสถานบริการ** หมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทในการสนับสนุนและนำโปรแกรมฯ ไปใช้ และส่งเสริมให้ผู้ที่ใช้โปรแกรมฯ ดำเนินการจัดกิจกรรมด้วยโปรแกรมฯ ดังกล่าว

2. **ผู้ใช้โปรแกรม** หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหารสถานบริการให้เป็นผู้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งควรมีบทบาท ดังนี้ (1) ศึกษารายละเอียดของโปรแกรมฯ ทั้งฉบับโดยละเอียด (2) วางแผนการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับลักษณะของกิจกรรมการเรียนรู้ (3) จัดเตรียมสื่อการเรียนรู้ให้ครบและสอดคล้องกับกิจกรรมการเรียนรู้ และ (4) ดำเนินการตามโปรแกรมฯ และประเมินผลการใช้โปรแกรมฯ ตามแนวทางการประเมินผลของโปรแกรมฯ ที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งการรายงานผลการใช้โปรแกรมฯ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงต่อไป

3. **อสม.** ในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐาน อสม. ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง ผู้ดื่มแบบติด และผู้ดื่มแบบอันตราย หรือ อสม. ที่มีความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์จากโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งควรมีบทบาท ดังนี้ (1) มีความรับผิดชอบในการเรียนรู้ของตนเอง และการเรียนรู้ของกลุ่ม (2) ตั้งคำถาม คิดใคร่ครวญหาคำตอบ หรือหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการต่าง ๆ (3) กล้าแสดงออกในการสะท้อนความรู้ ความคิด ความรู้สึก หรือลงมือปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรม (4) มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ทั้งการแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยน การอภิปราย หรือการลงมือปฏิบัติร่วมกับเพื่อนผู้ร่วมใช้โปรแกรมและผู้ที่ใช้โปรแกรม และ (5) ลงมือปฏิบัติจริง สร้างสิ่งที่ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ได้

องค์ประกอบที่ 5 : กระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2564
กระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใช้กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย ประกอบด้วย 5 แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยมีโครงสร้างของกิจกรรมการเรียนรู้ ประกอบด้วย 5 กิจกรรมการเรียนรู้ รวมเวลา 5 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียด ตามตารางที่ 1 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 โครงสร้างของกิจกรรมการเรียนรู้ตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ อสม. สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แผนกิจกรรมการเรียนรู้	ชื่อกิจกรรมการเรียนรู้	สาระการเรียนรู้	กระบวนการเรียนรู้	ผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง	ระยะเวลา
1	โทษจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่อันตรายถึงชีวิต	1. บทกำหนดโทษจากการดื่มแอลกอฮอล์ ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ อสม.	1. การบรรยาย 2. การระดมสมองและอภิปรายกลุ่ม 3. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	อสม. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทกำหนดโทษและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของ อสม.	1 ชั่วโมง
2	จะโกรธ-จะหายไม่จำเป็นต้องใช้แอลกอฮอล์	1. แนวทางการผ่อนคลายทางอารมณ์โดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ 2. ทักษะความสามารถปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์ที่รู้สึกโกรธหรือเบื่อหน่าย	1. การตั้งเป้าหมายเพื่อประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2. การนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) จากวิดีโอ 3. กิจกรรมกลุ่มเพื่อฝึกทักษะ 4. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์การผ่อนคลายทางอารมณ์ (emotional relief)	1 ชั่วโมง
3	สังสรรค์สุขใจห่างไกลแอลกอฮอล์	1. ทักษะการสื่อสารเพื่อจัดการความกดดันจากสังคม 2. ทักษะความสามารถปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์งานเลี้ยงสังสรรค์ เมื่อออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านหรือเมื่อมีคนเสนอให้ดื่ม	1. การนำเสนอตัวแบบจริง (live modeling) จาก อสม. ที่เลิกดื่มแอลกอฮอล์ 2. การใช้คำพูดชักจูง 3. กิจกรรมกลุ่มเพื่อฝึกทักษะ 4. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์การความกดดันจากสังคม (social pressure)	1 ชั่วโมง



แผน กิจกรรม การเรียนรู้	ชื่อกิจกรรม การเรียนรู้	สาระการเรียนรู้	กระบวนการเรียนรู้	ผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง	ระยะ เวลา
4	คนเดียวเหงา ๆ ไม่ต้องเหล้าก็ได้ นะ	1. แนวปฏิบัติการจัดการ โอกาสในการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ 2. ทักษะความสามารถปฏิเสธ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในสถานการณ์ ที่มีโอกาสในการดื่ม โดย เฉพาะขณะที่รอเพื่อนอยู่คน เดียว หรือหลังจากการ รวมกลุ่ม	1. การใช้คำพูดชักจูง 2. การใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อกระตุ้นอารมณ์ 3. กิจกรรมกลุ่มเพื่อฝึกทักษะ 4. การแลกเปลี่ยนความ คิดเห็น	การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการปฏิเสธการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน สถานการณ์โอกาสในการดื่ม (Opportunistic of Drinking)	1 ชั่วโมง
5	มาสัญญากันจะ งดและลด แอลกอฮอล์	1. แนวทางการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ของ อสม. 2. การประเมินผลและการ นำเสนอผลงาน	1. การตรวจสอบเป้าหมาย เพื่อประสบการณ์ที่ประสบ ความสำเร็จ 2. กิจกรรมกลุ่มและการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น 3. การทำสัญญากับตนเอง	การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการปฏิเสธการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 3 สถานการณ์ และพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1 ชั่วโมง

องค์ประกอบที่ 6 : การตรวจสอบและการประเมินผล การวัดและประเมินผลการใช้

โปรแกรมฯ วางแผนให้มีการติดตามและการประเมินผลใน 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ก่อนดำเนินการ (pre-test) ระยะที่ 2 หลังการดำเนินการ (post-test) ทันทีเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ และระยะที่ 3 ระยะติดตามความคงทน (follow up) หลังจากการดำเนินโปรแกรมฯ ไปแล้ว 3 เดือน โดยผู้ใช้โปรแกรมฯ ประเมินผลด้วยเครื่องมือในการวัดและประเมินผลกับ อสม.กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมตามโปรแกรมฯ ได้แก่ (1) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (rating Scale) จำนวน 31 ข้อ (จักรกฤษณ์ พลราชม, 2562) และ (2) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมินภาวะติดแอลกอฮอล์ (The Alcohol Use Disorder Identification; AUDIT) จำนวน 10 ข้อ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547) โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที

4.2 ผลการประเมินคุณภาพโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ อสม. สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

ผลการประเมินคุณภาพด้านภาพรวมของโปรแกรมฯ อยู่ในระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 4.00, S D. 0.309) เมื่อพิจารณาคุณภาพรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของ อสม. สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

ลำดับ	รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD.	การแปลผล
1	คุณภาพด้านความถูกต้อง (accuracy standard)	3.75	0.433	ดีมาก
2	คุณภาพด้านความเป็นประโยชน์ (utility standard)	3.77	0.384	ดีมาก
3	คุณภาพด้านความเหมาะสม (appropriateness standard)	4.08	0.381	ดีมาก
4	คุณภาพด้านความเป็นไปได้ (feasibility standard)	4.16	0.144	ดีมาก
5	คุณภาพด้านความเป็นปervasiv (generalizability standard)	4.22	0.509	ดีมาก
6	คุณภาพด้านภาพรวมของโปรแกรมฯ	4.00	0.309	ดีมาก

5. อภิปรายผล

โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์ใช้ IM ในการวางแผนการยกย่องโปรแกรมฯ ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (Bartholomew, Parcel, Kok, & Gottlieb, 2006) เพื่อให้การดำเนินการเป็นรูปธรรมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ จึงได้วางแผนการดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการพิจารณาเพื่อการใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติ ซึ่งเป็นโปรแกรมทางด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีองค์ประกอบของโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1) ที่มาและความสำคัญของปัญหา 2) วัตถุประสงค์ 3) หน่วยงานที่รับผิดชอบ 4) บทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 5) กระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การติดตามและการประเมินผล ซึ่งโปรแกรมฯ ดังกล่าว ผู้ใช้โปรแกรมสามารถเรียนรู้โปรแกรมฯ ด้วยตนเอง ผลประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก เหตุผลที่เป็นเช่นนี้ เนื่องมาจากโปรแกรมฯ นี้เป็นโปรแกรมฯ ที่มุ่งเน้นให้ อสม. เกิดพฤติกรรมภายในตัวบุคคล (intrapersonal factors) จำนวน 1 ปัจจัยคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจะส่งผลให้ อสม. เกิดพฤติกรรมภายนอกตัวบุคคล (external factors) ในการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใน 3 สถานการณ์ ได้แก่ 1) การผ่อนคลายทางอารมณ์ 2) ความกดดันจากสังคม และ 3) โอกาสในการดื่ม อีกทั้ง IM ซึ่งเป็นแบบจำลองที่มีความเป็นตรรกะสูง มีกระบวนการที่เป็นระบบในการพัฒนาการออกแบบโปรแกรมทางการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษาที่สำคัญคือ การประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี ร่วมกับการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการวางแผนหลังจากเสร็จสิ้นในการวางแผนแล้วจะได้แม่แบบในการดำเนินการ (blueprint) พร้อมกันนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแบนดูรา (Bandura, 1986) มาสร้างกรอบในการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อเป็นแนวทางที่มุ่งเน้นให้ อสม. เป็นคนกล้าคิด กล้าตัดสินใจ และรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งได้มีกลยุทธ์ในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตามที่ Bandura (1986) ได้เสนอไว้ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การนำเสนอตัวแบบจริงและสัญลักษณ์ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นอารมณ์ ที่ผู้วิจัยได้ออกแบบให้เหมาะสมกับสาระการเรียนรู้ ผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง บริบทของ อสม. และเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ อีกทั้งยังมีขั้นตอนการประเมินผลอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ ทั้งนี้โปรแกรมฯ ที่ได้นั้นจึงมี



ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2564
ความเหมาะสมกับ อสม. และตรงตามบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นนั้นมาจากการใช้ฐานคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ให้สามารถปรับเปลี่ยนให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน

6. ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้โปรแกรมฯ ที่มีคุณภาพจากการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ยังไม่มีการทดลองใช้จริง จึงเสนอแนะให้ผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นำโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้พร้อมทั้งให้มีการประเมินผลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงโปรแกรมฯ ให้มีความเหมาะสมต่อไป

7. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่างอยที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ และทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

8. เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *กรอบแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี การดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์* (ปี 2557-2561). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือและบำบัดผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์*. กรุงเทพฯ: บริษัท วงศ์กมลโปรดักชั่น จำกัด.
- จักรกฤษณ์ พลราชม. (2562). *โมเดลโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาปริญญาตรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- จักรกฤษณ์ พลราชม, และกรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. (2561). ปัจจัยเชิงสาเหตุภายในตัวบุคคลของพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษาปริญญาตรี. *วารสารวิชาการสถาบันการพลศึกษา*. 10 (2), 251-261.
- จักรกฤษณ์ พลราชม, และกรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. (2562). *คู่มือการใช้ “รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาปริญญาตรี” HED_HPRO Model*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตปอเรชั่น จำกัด.
- ซินตา เตชะวิจิตรจารุ, อัจฉรา ศรีสุภกรกุล, และสุพัตตา ช้างเทศ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 19, 320-332.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2553). *ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ*. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ชิสเต็มส์ จำกัด.



สาธิต ศิริวัฒน์, จักรกฤษณ์ พลราชม, อภิรดี วงศ์ชาติ, ศรีวิภา ช่างไชยยะ, และจิตติรัช งานฉมัง. (2563).

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ปกครองในการป้องกันการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชในเด็กที่อาศัยในพื้นที่เกษตรกรรม สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์คอปอเรชั่น จำกัด.

สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย. (2562). รายงานสถานการณ์ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยประจำปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

สุพรรณิการ์ เกียรติชาติ. (2563). การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

อรัญญ์ วลีวงศ์, จินตนา จันทร์โคตรแก้ว, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, และทักษพล ธรรมรังสี. (2558). รายงานโครงการศึกษาวิจัย การศึกษาผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลรอบข้างผู้ดื่มในประเทศไทย (ระยะที่ 1). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

อริยณัฐ กานหว่า และจักรกฤษณ์ พลราชม. (2563). โปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรม รุนแรงในพยาบาลวิชาชีพ สำหรับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์คอปอเรชั่น จำกัด.

Bandura, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action*. NJ: Prentice-Hall, Englewood Cliffl.

Bartholomew, K., Parcel, G., Kok, G.S., & Gottlieb, N. (2006). *Planning health promotion program: an intervention mapping approach*. (2nd ed). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Best, J.W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.

Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2005). *Health program planning: an educational and ecological approach*. (4th ed). New York: McGraw Hill

Kwak, L., Kremers, S.P.J., Werkman, A., Visscher, T.L.S., van Baak, M.A., & Brug, J. (2006). The NHF-NRG In Balance-project: the application of Intervention Mapping in the development, implementation and evaluation of weight gain prevention at the worksite. *Obesity Reviews*. 8(4), 347–361.

Tortelo, S.R., et al. (2005). Using Intervention Mapping to adapt an effective HIV, sexually transmitted disease, and pregnancy prevention program for high-risk minority youth. *Health Promotion Practice*. 6(3), 286–298.

Young, R.M., & Oei, T. (1996). *Drinking expectancy profile: Test manual*. Australia: Behavior Research and Therapy Centre.



Voogt, C.V., Poelen, E.A.P., Kleinjan, M., Lemmers, L.A.C.J., & Engles, R.C.M.E. (2014). The development of a web-based brief alcohol intervention in reducing heavy drinking among college students: An Intervention Mapping approach. *Health Promotion International*. 29(4), 669-679.